

TESIS
6142

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

**INSTITUTO DE PREVENCIÓN DE LA
DROGADEPENDENCIA**

**MAESTRÍA EN PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LA DROGADEPENDENCIA**



**TESIS: Addiction Severity Index.
 Versión Argentina.**

**TUTORES: Dr. Juan Alberto Yaría.
 A. Thomas McLellan, PhD.**

ALUMNO: Lic. Andrea Mariana Velez.

AÑO 2004



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

... dedicado a mis abuelos, fuente de un enorme amor...

y a mi padre, dueño de una paciencia infinita.

<u>ÍNDICE.</u>	PÁGINA
DEDICATORIA.....	1
ÍNDICE.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	12
1-PLAN DE TRABAJO.....	12
1.1. Introducción.....	12
1.2. Marco en el que se inscribe la investigación.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	17
1.4. Metodología.....	17
2-PRESENTACIÓN DEL ASI.....	19
2.1. Historia del Addiction Severity Index.....	19
2.2. El ASI en la Actualidad.....	20
2.3. Formato y administración de la entrevista.....	22
3-IMPORTANCIA DE TENER UNA VERSIÓN ARGENTINA.....	26
3.1. ¿Es importante realizar la adaptación de la entrevista a nuestro país?.....	26
DESARROLLO.....	33
4-CONSTRUCCIÓN DEL ASI- ARGENTINA.....	33
4.1. Modelos de referencia.....	33
4.2. Adaptación del ASI.....	34
4.3. ASI ARGENTINA.....	35
4.4. Población Objetivo.....	46
4.5. Áreas.....	46

4.6.	Ítems.....	47
4.7.	Hoja de presentación.....	48
4.8.	Información general.....	49
4.9.	Área Médica.....	58
4.10.	Área Empleo/ sustento económico.....	61
4.11.	Área Droga / Empleo y Tabaco.....	67
4.12.	Área Legal.....	76
4.13.	Historia Familiar.....	79
4.14.	Área Familiar /social.....	81
4.15.	Área Psiquiátrica.....	86
4.16.	Lenguaje.....	87
4.17.	Criterios.....	88
4.18.	Diagramación del ASI.....	89
5-	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	91
5.1.	Introducción.....	91
5.2.	Conceptos de confiabilidad y validez.....	91
5.3.	Diseños de otros países.....	93
5.4.	Confiabilidad test re test intra o interentrevistador.....	99
5.5.	Validez concurrente.....	101
5.6.	Validez discriminante.....	104
5.7.	Entrenamiento de los entrevistadores.....	108
6-	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	110
6.1.	Introducción.....	110
6.2.	Código de ética de la American Psychological Association.....	111

6.3. Pautas internacionales para el uso de test. Versión Argentina.....	120
6.4. Algunos puntos extras.....	121
7-PROCESO.....	123
7.1. Proceso de administración.....	123
8-ANÁLISIS DE LA MUESTRA.....	128
8.1. Introducción.....	128
8.2. Descripción de las instituciones en que se realizó la investigación.....	128
8.3. Descripción de la muestra.....	129
CONCLUSIONES.....	134
9-RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	134
9.1. Resultados de Confiabilidad.....	134
9.2. Resultados de Validez Concurrente.....	137
9.3. Resultados de Validez Discriminante.....	146
9.4. Conclusiones.....	155
ANEXOS.....	161
10.1. Comparación ASI- Rombos.....	161
10.2. EuropASI.....	163
10.3. ASI americano.....	173
10.4. Comparación ASI Argentina con los otros.....	179
10.5. Planilla médica.....	186
10.6. Certificados.....	189
BIBLIOGRAFÍA.....	193
11.1. Plan de trabajo.....	193

11.2. Presentación del ASI.....	194
11.3. Importancia de tener una versión Argentina.....	199
11.4. Construcción del ASI- Argentina.....	201
11.5. Confiabilidad y validez.....	205
11.6. Consideraciones éticas.....	208
11.7. Proceso.....	209
11.8. Análisis de la muestra.....	209
11.9. Resultados y conclusiones.....	210



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

AGRADECIMIENTOS.

La temática de las adicciones ha despertado gran interés en mí desde pequeña. Como una primera aproximación, a los trece años coordinaba grupos para jóvenes que no podían manejar su compulsión hacia la comida. Más tarde mi atención fue inclinándose hacia la adicción a las drogas.

En el año 1997, aún sin haberme graduado, recibo del Centro de Rehabilitación de Ñaña, Hospital Hermilio Valdizan, Lima- Perú, la oportunidad de comenzar a trabajar como estudiante en la atención supervisada de pacientes drogadependientes.

En el año 1998, me gradúo y trabajo en una Comunidad terapéutica durante casi 4 años. En el transcurso de mis 5 años y medios de psicóloga especializada en adicciones trabajé en distintos lugares relacionados con la adicción y he visitado numerosos centros de tratamiento en Argentina, Brasil, Cuba, Canadá, Perú.

En todo este tiempo me he encontrado con éxitos y fracasos en el proceso de ayudar al otro. Para asegurarme de que mi trabajo fuese adecuado, he recurrido a supervisiones del mismo. Sin embargo, cuando me desempeñaba en centros asistenciales esta alternativa era parcial ya que yo solo era parte de un determinado programa terapéutico. Estas experiencias generaron en mí una enorme curiosidad por conocer cómo evaluar si un tratamiento es efectivo o no.

En el año 2000, junto con la Lic. Vanina Schmidt redactamos una monografía titulada: "Propuestas para un mejor desempeño del Estado frente al problema de la Drogadependencia". En la misma denunciemos,

entre otras cosas, la necesidad de que el estado se haga responsable de evaluar la calidad y eficacia de los tratamientos que se realizan para drogadependientes. Este trabajo gana el Segundo Premio Senado de la Nación al Desarrollo Humano, con el auspicio de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

En el mismo año, la Comisión de Drogadicción de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación publica un trabajo de la autoría de la Lic. Schmidt y mía titulado "Propuestas para la implementación de un sistema de evaluación de tratamientos para drogadependientes" en "Las Drogas en nuestra Sociedad. Reflexiones y propuestas". En el mismo se delimitan algunas pautas sobre el tema.

A partir de entonces, el desafío estaba planteado. En Argentina no había indicadores de cómo evaluar un tratamiento. Era necesario encontrar la manera de hacerlo. Con este propósito investigué como se realizaba esta tarea en otras partes del mundo. Las respuestas indicaban que, en primer lugar se debe evaluar la evolución de un paciente individual, para luego juzgar como opera el tratamiento del que es parte.

Fue así como llegué a conocer el Addiction Severity Index (ASI), una entrevista que evalúa la necesidad de tratamiento de un paciente adicto en diferentes áreas.

La presente investigación tiene esa función: Adaptar una entrevista válida y confiable de reconocimiento internacional, para establecer los progresos individuales que los pacientes realizan en sus respectivos tratamientos.

La tarea era enorme, casi imposible de realizar de manera individual, por lo que he invitado a un grupo de excelentes profesionales a trabajar conmigo en esta gran aventura. El equipo ASI Argentina definitivo ha quedado conformado por 8 profesionales: el primero que se ha sumado es el Lic. Diego Martínez, psicólogo con un importante background en investigación. Junto a él realizamos la primera versión del ASI y sus posteriores estudios. Luego se han incluido la Lic. Carolina Tallarico, psicóloga con gran experiencia clínica, Lic. Alicia Rosenfeld, psicóloga, con experiencia clínica y en drogadicción, Lic. Andrea Timpone, psicóloga, con experiencia en investigación, Lic. Nelson Cavalieri, trabajador social con experiencia en prevención de adicciones, Dr. Guillermo San Román, médico general, Dra. Marta Cepeda, médica jefe del Servicio de Médico Central-Sede de Gobierno-ciudad autónoma de Buenos Aires y yo.

Dos médicas participaron del grupo en el primer año de investigación: Dra. Amalia Codelo y Dra. Judith Sarli. A partir del segundo año sus ocupaciones les impidieron seguir el ritmo que la investigación demandaba.

La experiencia de trabajo en equipo ha sido sumamente gratificante. La heterogeneidad de los integrantes hizo que cada uno aportara interrogantes y respuestas desde diversas ópticas y lecturas, logrando que cada encuentro resultara enriquecedor. Espontáneamente, comenzaron a surgir ideas y proyectos de trabajo que hablaban de la continuidad del equipo más allá del ASI Argentina. Es así como quedó conformado un grupo al que llamamos Epsilon, dedicado a la investigación, clínica y docencia en diferentes ámbitos.

Terminar este trabajo ha llevado 2 años y medio durante los cuales muchísimas personas participaron.

Dr. Juan Alberto Yaría, Thomas McLellan, Ph.D.

Dr. Juan Delgado Velez y Dra. Iris Luna Montaña docente de la Universidad Católica de Bogotá, quien nos facilitó la versión realizada en Colombia. Ambos son psiquiatras y trabajan en Colombia con el ASI desde hace años. Nos orientaron sobre la base de su experiencia.

En la revisión de las áreas del ASI participaron: Dra. Alicia Castro, médica del Hospital Fernández y voluntaria de la Fundación Huesped y Dr. Alberto Héctor Daniele, médico infectólogo del Hospital Muñiz, Lic. Olga Álvarez, directora del programa de prevención de drogas de Malvinas Argentinas- Buenos Aires, Dr. Alejandro Alejandro Ceirano, médico de la Secretaría e Drogadicción de la Provincia de Buenos Aires, la Policía Federal de la comisaría 23, Néstor Laggiard, asesor legal de los operativos de la Secretaría de Drogadicción, la Lic. Vanina Schmidt, especialista en familias de drogadependencia, becaria doctoral del CONICET, la Lic. Maria Eva Maguire, delegada tutelar en el poder judicial de La Nación, Lic. Horacio Castellano, coordinador Centro de Salud Mental "Villa las Naciones"-Municipalidad de Ituzaingó-Buenos Aires.

Lic. Martina Fernández Polcuch, licenciada en letras, docente de Semiología en la Universidad de Buenos Aires, quien colaboró con la correcta expresión lingüística del ASI.

Dr. Damián Daniele, médico clínico. Aportó la entrevista clínica del Hospital Ramos Mejía.

Dr. Oscar Ramírez Blankenhorst y Lic. Susana Arbuschi colaboraron con la confección de la revisión médica.

Alicia Rodríguez Martos y Paco Perello (de Faes) quienes desde España nos facilitaron información para el área alcohol. Martín Rodríguez y Alejandro Garbarini quienes nos ayudaron con la clasificación de drogas que empleamos.

UATA (Unión Antitabáquica Argentina), sus integrantes asesoraron sobre el área de tabaco y nos facilitaron el test Fagerström.

Matías Mariani, quien trabaja en MHS (Multi Health Systems Inc-Canadá) y nos ha acercado al SAS-SR y brindado su experiencia en el campo.

Paola Velez, que ha participado en el diseño gráfico del ASI.

Lic. Anahí Otero Pizarro y Dra. Alba Mustaca quienes han revisado el diseño metodológico.

Lic. Nuria Cortada de Kohan y Lic. Santiago Pellegrini, quienes han revisado los diseños estadísticos utilizados. El Lic. Pellegrini, además ha aportado bibliografía más reciente acerca del ASI en EEUU.

Jorge Karín Ceriani, Pablo V. Sánchez Martínez, Daniel Becce y Estudio La Nave de Osverg quienes han proporcionado medios materiales para llevar a cabo la investigación.

Lic. María Teresa Soriani quien ha aportado desde Canadá bibliografía y asesoramiento para la redacción de la tesis.

Graciela Rosenfeld, traductora de inglés, quien ha colaborado con las traducciones del ASI.

Las Fundaciones: Gradiva, Yo Soy y Juntos por la Vida.

Las bibliotecas de: la Universidad de Montreal (Québec- Canadá), la Facultad de Psicología-UBA (Buenos Aires- Argentina), la Facultad de Psicología- USAL (Buenos Aires- Argentina).

A los pacientes, a mi familia y a la enorme lista de personas de las que, luego de 2 años, mi memoria me niega el nombre. A todos, les agradezco la enorme ayuda espiritual que me han brindado en este tiempo sin la cual la realización de este proyecto hubiera sido irrealizable.



INTRODUCCIÓN.

1. PLAN DE TRABAJO.

1.1. INTRODUCCIÓN.

Es sabido que en el mundo, la mayoría de los drogadependientes no realiza tratamiento por su problema de adicción. Solo un 35% de aquellos que ingresan a un programa eficaz se recupera¹ (Beck, 1990; Navarro, 1992.

Nuestro país no es ajeno a esta realidad. En Argentina, el consumo de drogas ilegales alcanza al 2,9 por ciento de la población comprendida entre los 16 y 65 años y al 1,2 por ciento de la población entre 12 y 15 años (SEDRONAR, 1999). Sin embargo, no existen fuentes confiables acerca de los porcentajes de recuperación de pacientes (SEDRONAR, 2001). Algunas instituciones toman como datos válidos la cantidad de pacientes dados de alta, lo que no es representativo, ya que un gran número de ellos recae en pocos días. En otras, es condición para ser dado de alta haber pasado cierto tiempo en tratamiento más allá de la recuperación del paciente. En otros dispositivos asistenciales el alta está determinada por la ausencia de consumo de drogas aunque el paciente sufra grandes dificultades en otras áreas.

Las instituciones fracasan. La necesidad de implementar una instancia de evaluación y control sobre la eficacia de los tratamientos se vuelve impostergable.

¿Quién debería llevar a cabo estas evaluaciones? Estas evaluaciones y controles deberían ser promovidas y llevadas a cabo por el Estado, que en

nuestro país, está ausente frente a esta problemática (Schmidt y Velez, 2001).

¿Cómo deberían ser llevadas a cabo estas evaluaciones? Las evaluaciones deben ser llevadas a cabo en tres instancias: es necesario en primer lugar, evaluar la calidad del tratamiento que recibe la persona drogadependiente durante el transcurso del mismo; en segundo lugar, evaluar la eficacia de dicho tratamiento; y por último, evaluar el impacto de los resultados de las acciones implementadas sobre la sociedad, sean éstas preventivas o terapéuticas (Velez y Schmidt, 2000).

El punto dos es el eje que motiva esta investigación: cómo evaluar la eficacia de un tratamiento. El proceso de evaluación de un tratamiento es extremadamente complejo. El primer paso para este objetivo es monitorear el caso individual. No se cuenta en Argentina con herramientas que permitan hacerlo. Es este el objetivo de la presente investigación: implementar en Argentina una herramienta que posibilite evaluar casos individuales. Una vez realizada esta tarea futuras investigaciones podrían utilizarla en programas de evaluación de tratamientos.

Al indagar que sucede al respecto en el ámbito mundial, se observa que existen países que realizan evaluaciones precarias de su trabajo mientras que otros cuentan con métodos sistemáticos para monitorear a los pacientes desde el inicio de su tratamiento, métodos que sin duda vale la pena tener como modelo. En muchos países utilizan como herramienta el Addiction Severity Index (Índice de Severidad de Adicción- "ASI"). El ASI es una entrevista semiestructurada que evalúa la severidad de adicción de una

¹ Datos de Estados Unidos.

persona con problemas de drogas, entendiendo por severidad de adicción la necesidad de tratamiento en las siguientes áreas: médica, empleo, drogas, alcohol, legal, familiar- social y psicológica- psiquiátrica. El ASI posibilita saber cómo un paciente evoluciona desde el día en que se acerca al tratamiento y hasta después de haberlo finalizado.

Adaptar el ASI a nuestro país aportará numerosas ventajas y beneficios. Permitirá evaluar con una única entrevista, el verdadero porcentaje de efectividad de un tratamiento, el progreso individual de los pacientes así como detectar casos que no progresan. En síntesis tener una visión global del problema de cada sujeto con las drogas.

El desafío de realizar una adaptación del mismo a la República Argentina es grande; pero también son grandes e inimaginables los aportes que esta herramienta puede brindar a nuestro país.

1.2. MARCO EN EL QUE SE INSCRIBE LA INVESTIGACIÓN.

El fenómeno de las drogas ha variado su conceptualización a lo largo del tiempo, inscribiéndose en diversos modelos de prevención y tratamiento que lo sustentan. Cada uno ha entremezclado nuevos elementos con otros ya existentes y es base teórica de diferentes intervenciones y evaluaciones. La principal diferencia entre ellos radica en la importancia que se le otorga a cada uno de los actores en juego. A continuación se presentan los principales modelos en orden de aparición.

El primer modelo en aparecer es el ETICO JURIDICO. Sostiene que el abuso de drogas ilegales es en sí mismo un acto delictivo ante el que se

deben implementar medidas jurídicas. La sustancia corrompe y el sujeto es un delincuente inmoral responsable de su conducta de consumo. Busca dificultar la disponibilidad de la sustancia, para lo cual reprime su distribución mediante las modificaciones legales que estime necesarias. Considera que las amenazas y los castigos son los responsables de la prevención y la curación por lo que divulga las consecuencias del consumo (RIS, 2003; Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, 1994). Es decir, que este modelo evalúa, por un lado, la cantidad de sustancia consumida y la frecuencia y duración de la conducta de drogarse y por otro, las leyes y sanciones necesarias tanto para quien consume como para quien negocia con drogas.

El modelo MÉDICO-SANITARIO coloca al adicto como víctima de una enfermedad. La droga lo perturba más allá de si es legal o no. La prevención apunta a informar acerca de los riesgos que implica el consumo para la salud de la persona. Trata al adicto como si tuviera cualquier enfermedad contagiosa, debe ser internado y aislado para su curación (RIS, 2003). Aquí la evaluación se centra en establecer los daños que la droga deja sobre el cuerpo.

Luego aparece el modelo PSICOSOCIAL, reconoce la complejidad de cada persona y entiende que cuestiones psicológicas y ambientales influyen en su manera de actuar. La adicción a las drogas debe entenderse como un problema humano y tratarse como tal. Sostiene que el adicto tiene problemas de maduración o desarrollo, por lo que la sustancia pasa a un segundo plano (RIS, 2003). Evalúa aspectos específicos de la persona en su contexto dejando de lado cuestiones médicas y legales.

El siguiente modelo es el SOCIO-CULTURAL. Contempla al adicto dentro de una socioeconomía que lo sustenta. Considera al fenómeno de las drogas como manifestación de culturas concretas. Es decir, en lugar de atender las características de las sustancias o de evaluar la responsabilidad del sujeto en el acto de drogarse, asume que las adicciones son consecuencia de las desigualdades sociales (RIS, 2003). Evalúa fundamentalmente, el contexto en el que crece, madura y vive cada individuo.

El último en aparecer es el modelo INTEGRADOR. Se basa en un enfoque interdisciplinario. Tiene en cuenta la complejidad de los factores que determinan la conducta adictiva. Considera que el uso de drogas varía según el contexto cultural comunitario en el que se encuentra el individuo. También varía entre las personas, los grupos, las culturas y las generaciones. La drogadependencia no puede explicarse como una relación simple causa-efecto. Tiene en cuenta la confluencia de múltiples factores predisponentes, condicionantes y desencadenantes para que este fenómeno tenga lugar (CE.NA.RE.SO). Desde esta perspectiva, evalúa cada uno de los factores que se entrecruzan en las adicciones: individuo, sustancia y su contexto.

Si bien el creador del ASI no inscribió la entrevista en ningún modelo de intervención, sus características nos permiten ubicarla en el modelo integrador. El ASI es una entrevista semiestructurada que incluye 7 áreas directamente involucradas en el problema de las adicciones: médica, empleo-sustento económico, drogas, alcohol, legal, familiar-social y una psicológica-psiquiátrica e incluye además un área que explora la situación

familiar y otra que indaga cuestiones generales del entrevistado, algunas de ellas relativas a la cultura, como su raza o religión que son tenidas en cuenta a lo largo de toda la entrevista. Brinda también la posibilidad de preguntar cuestiones no incluidas en la entrevista y de registrarlas a modo de comentarios. La codificación se realiza sobre la base de toda la información recolectada. El ASI no concluye con un puntaje de severidad único sino que cuenta con un puntaje diferenciado por áreas. Esto implica por ejemplo, que un paciente podría poseer alta necesidad de tratamiento en cuestiones relacionadas con las drogas, pero carecer de problemas legales.

La entrevista, al igual que el modelo integrador, permite obtener una visión global e integrada de la problemática de cada sujeto y de su relación con las drogas, lo que brinda la posibilidad de atender las necesidades específicas de cada individuo.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- Desarrollar una primera versión del Addiction Severity Index en la cultura Argentina.
- Someter el Addiction Severity Index a estudios de confiabilidad y validez.

1.4. METODOLOGÍA.

Existen numerosas clasificaciones de los diseños de investigación. La presente tesis adhiere a la clasificación de DISEÑO METODOLOGICO propuesta por Margot Yalour y Federico Tobar (Yalour, 1999).

La investigación consta de 10 pasos:

- 1) Conceptualización del ASI en el ámbito internacional.
- 2) Revisar la importancia de adaptar la entrevista a la Argentina.
- 3) Construir la versión local.
- 4) Seleccionar los procedimientos que evalúen la efectividad de la versión argentina (confiabilidad y validez).
- 5) Analizar las cuestiones éticas de la investigación.
- 6) Trabajo de campo.
- 7) Describir el proceso.
- 8) Analizar la muestra.
- 9) Presentar los resultados.
- 10) Extraer las conclusiones.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

2. PRESENTACIÓN DEL ASI.

2.1. HISTORIA DEL ADDICTION SEVERITY INDEX.

El problema de las adicciones es extremadamente complejo dada la cantidad de factores -socioeconómicos, culturales y psicológicos- que se entrecruzan de manera singular, generando un cuadro de características diversas.

A. Thomas McLellan y colaboradores de la Universidad de Pensilvania diseñaron el Addiction Severity Index (ASI) con el objetivo de monitorear las distintas áreas problemáticas del sujeto toxico dependiente, discriminar las variables que intervienen en la adicción de un paciente dado y ponderar el peso relativo de cada una de ellas.

En la publicación que presenta al ASI (McLellan, 1980) los autores reconocen que, dada la variedad y complejidad de la población drogadependiente, es muy difícil analizar individualmente la problemática de cada paciente. Hasta ese momento no habían sido satisfactorias las tentativas de construir un instrumento estandarizado, confiable y válido, que permitiera clasificar pacientes de acuerdo a sus problemas y realizar comparaciones pre / post tratamiento y entre sujetos. Ya, desde 1978 en la Conferencia sobre Eficacia de Tratamiento del National Institute of Drug Abuse se había discutido la necesidad de crear una herramienta de evaluación de esta índole (McLellan, 1980).

En los orígenes del ASI se buscaba que la herramienta permitiera a un grupo de clínicos evaluar el resultado de 6 programas asistenciales distintos de alcohólicos y drogadictos. Teniendo en cuenta que estos

tratamientos eran muy diferentes entre sí, el ASI debía ser bastante general. Considerando que el presupuesto del que se disponía era escaso, las evaluaciones tendrían que ser llevadas a cabo por personal técnico y no por profesionales del área de la salud. Además, los datos debían ser reunidos en poco tiempo, por lo que la entrevista debía constar de una cantidad mínima de ítems que mantuvieran una relación estrecha con los propósitos del tratamiento. Por último, las preguntas debían cubrir una amplia gama de áreas que podrían verse afectadas por el comportamiento adictivo y debían poseer el formato apropiado como para poder emplearse en estudios posteriores de seguimiento (McLellan, 1992). En ese contexto nace el ASI.

Una de las principales características de este instrumento es que no solo evalúa el abuso de alcohol y/o drogas sino que también explora posibles problemas en otras dimensiones. Recopila información acerca de siete áreas importantes de la vida del paciente: médica, empleo/sustento económico, drogas, alcohol, legal, familiar / social y psicológica/ psiquiátrica. De esta manera, permite cuantificar el nivel de problemas en cada área y así poder medir, por ejemplo, la respuesta a un determinado tratamiento.

2.2. EL ASI EN LA ACTUALIDAD.

El ASI es la herramienta de evaluación más empleada en el área de adicciones (Alterman, 2000). Tiene una historia de más de 20 años de utilización en investigación y tratamiento en el ámbito mundial. En EE.UU. su empleo como herramienta clínica y de investigación ha sido recomendado y puesto en relevancia por varias instituciones como el National Institute on Drug Abuse (NIDA), el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism